

PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN MỞ RUỘT NON LẤY BÃ THỨC ĂN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Nguyễn Thế Hiệp^{1,2}
Nguyễn Ngọc Hùng¹
Vũ Xuân Vinh^{1,2}

¹ Trung tâm Phẫu thuật tiêu
hóa, Bệnh viện Bạch Mai

² Bộ môn Ngoại, Trường Đại học
Y Hà Nội

*Tác giả chịu trách nhiệm:

Nguyễn Thế Hiệp
Bệnh viện Bạch Mai
Email:
nguyenthehiep@hmu.edu.vn

TÓM TẮT

Tắc ruột là cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Trong các nguyên nhân tắc ruột, bã thức ăn là nguyên nhân hiếm gặp, chiếm 2 - 4% các trường hợp. Bã thức ăn thường hình thành trong dạ dày, di chuyển xuống ruột non gây tắc ruột. Phẫu thuật mở truyền thống là phương pháp điều trị phổ biến, hiện nay phẫu thuật nội soi ngày càng được chứng minh là hiệu quả, an toàn và hồi phục nhanh. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp tắc ruột do bã thức ăn được điều trị thành công bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn mở ruột non lấy bã thức ăn, phương pháp chưa được thấy thông báo tại Việt Nam trước đó. Bệnh nhân nữ 77 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường và hai lần phẫu thuật ổ bụng trước đó, nhập viện vì đau bụng cơn và nôn, nội soi dạ dày tá tràng và cắt lớp vi tính ổ bụng xác định tắc ruột non do 1 bã thức ăn hồng tràng kích thước 4x4x5cm. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn mở ruột non lấy bã thức ăn và hậu phẫu ổn định, ra viện sau 5 ngày. Qua ca bệnh, chúng tôi điểm lại y văn về chẩn đoán và điều trị, đặc biệt là phẫu thuật nội soi ít xâm lấn điều trị tắc ruột do bã thức ăn.

Từ khoá: Tắc ruột non, bã thức ăn, phẫu thuật nội soi hoàn toàn

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Trong các nguyên nhân tắc ruột, bã thức ăn (BTA) là một nguyên nhân ít gặp, chỉ chiếm khoảng 2% đến 4% các trường hợp tắc ruột [1]. Lứa tuổi hay gặp là trên 50 tuổi, chiếm 68,6%. Tỷ lệ tắc ruột do BTA ở nữ giới là 69,8% - 70,1% [2]. BTA được hình thành do lượng chất xơ cao, thường gặp ở những người sức nhai kém hoặc giảm nhu động dạ dày, được hình thành trong dạ dày và di chuyển xuống dưới gây tắc ruột non [3].

Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng là phương tiện chẩn đoán hình ảnh giá trị nhất trong

chẩn đoán tắc ruột do BTA: nó cho biết vị trí tắc nghẽn, số lượng BTA và phân biệt với các nguyên nhân tắc ruột khác. Bên cạnh cắt lớp vi tính ổ bụng, nội soi dạ dày tá tràng cũng là phương tiện rất quan trọng, nó đã được sử dụng như một phương pháp chẩn đoán và điều trị ít xâm lấn, đặc biệt với các BTA dạ dày hoặc tá tràng; trong trường hợp phát hiện đồng thời BTA dạ dày cùng với BTA ruột non, có thể cần can thiệp bổ sung như nội soi lấy BTA hoặc mở dạ dày lấy BTA [4].

Phẫu thuật mở là phương pháp truyền thống thường được áp dụng để điều trị tắc ruột BTA. Gần đây, phẫu thuật nội soi (PTNS) cũng được áp dụng để xử trí với nhiều ưu

điểm như giảm đau, thời gian phục hồi sau mổ sớm, thời gian nằm viện ngắn và tính thẩm mỹ cao[3][5][6]. Nghiên cứu đã cho thấy rằng nó có thể là giải pháp thay thế cho mổ mở trong điều trị tắc ruột non ở những bệnh nhân được chọn lọc, mang lại lợi ích của phẫu thuật ít xâm lấn [5].

Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật điều trị tắc ruột do BTA với các phương pháp: phẫu thuật mở [2] [7], PTNS hoàn toàn đẩy bã thức ăn xuống đại tràng, PTNS hỗ trợ mở ruột lấy BTA [3][4]

Phương pháp PTNS hoàn toàn mở ruột non lấy BTA chưa được thông báo tại Việt Nam. Nhân một trường hợp tắc ruột do BTA được điều trị khỏi bằng phương pháp này, chúng tôi xin thông báo lâm sàng về ca bệnh.

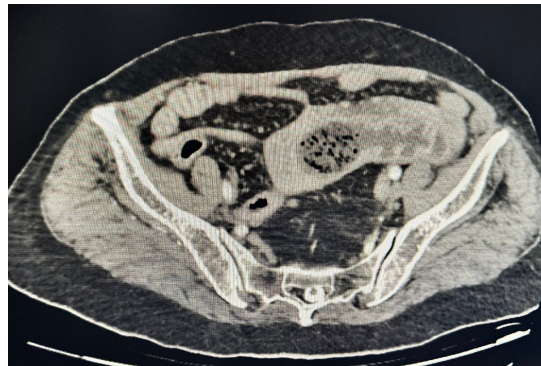
2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân (BN) nữ 77 tuổi. Tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp điều trị thường xuyên. Mổ cũ 2 lần: năm 2013 mổ cắt tử cung do sa sinh dục (đường mổ ngang trên xương mu), năm 2016 mổ nội soi khâu treo mỏm cắt tử cung. BN nhập viện trong tình trạng đau bụng cơn quanh rốn kéo dài ngày thứ 10, có lúc đỡ đau sau lại đau lại, 2 ngày trước khi vào viện bệnh nhân nôn ra dịch vàng đục, bí trung đại tiện. Khám lâm sàng vào viện: Tỉnh, huyết động ổn, bụng chướng nhẹ, có dấu hiệu rắn bờ, không có phản ứng thành bụng.

Nội soi dạ dày - tá tràng: niêm mạc hang vị phù nề xung huyết, loét hang vị 0,5cm (sinh thiết: viêm mãn tính), toàn bộ tá tràng hồng nhẵn, không có loét.

Xquang bụng không chuẩn bị: hình ảnh mức nước hơi ruột non.

Cắt lớp vi tính ổ bụng: hình ảnh tắc ruột non vị trí chuyển tiếp ở hạ vị, nguyên nhân do bã thức ăn kích thước 4x4x5cm, các quai ruột non sau vị trí tắc xếp.



Hình 1: Hình ảnh bã thức ăn trên cắt lớp vi tính ổ bụng

Xét nghiệm máu: hồng cầu 4,32 T/L; HGB 132g/L; bạch cầu 12,7 G/L; tiểu cầu 319 G/L; PT 124%. Các xét nghiệm sinh hóa máu trong giới hạn bình thường.

Chẩn đoán : Tắc ruột do bã thức ăn/ Viêm loét dạ dày, tăng huyết áp, đái tháo đường.

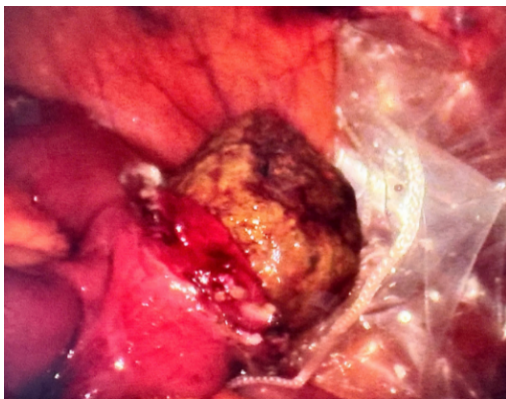
Mổ cấp cứu ngày 1/11/2025: Gây mê nội khí quản (BS Hoàng Thị Kiều), phẫu thuật viên chính BS Nguyễn Thế Hiệp.

Tư thế bệnh nhân đầu thấp, nghiêng phải. Đặt 4 trocar vào ổ bụng: 1 trocar 10mm ở rốn (đặt camera), 1 trocar 5mm ở mạn sườn phải, 1 trocar 12mm ở hố chậu phải (để thao tác mở ruột, khâu ruột) và 1 trocar 5mm ở hạ vị tại đường mổ cũ. Do bệnh nhân có sẹo mổ cũ ở rốn nên chúng tôi tiến hành đặt trocar 12mm ở hố chậu phải trước theo kỹ thuật mở, sau đó tiến hành đặt các trocar còn lại. Thăm dò: mạc nối lớn dính vào vết mổ rốn và hạ vị, tiến hành gỡ dính; ổ bụng có ít dịch tiết vàng trong ở Douglas; gan hồng mềm mại; phúc mạc nhẵn; dạ dày mềm mại, không giãn; các quai ruột non giãn 4,5cm đến cách góc Treitz 80cm có điểm chuyển tiếp, nguyên nhân tắc ruột do

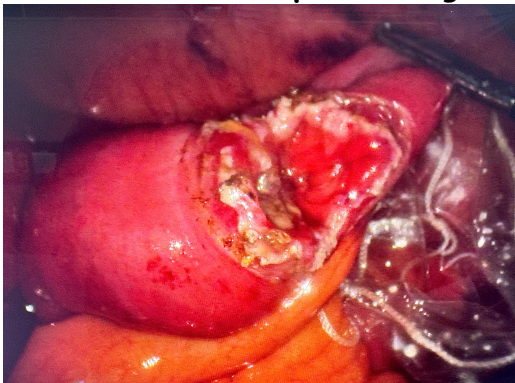
1 BTA ăn kích thước khoảng 4x4x5cm cứng chắc, không thể nắn bóp thay đổi hình thể, toàn bộ ruột non sau vị trí tắc đến góc hồi manh tràng mềm mại, không giãn, không còn BTA nào khác. Đại tràng mềm mại, không giãn.

Điều trị: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn mở ruột non lấy BTA.

Tiến hành: mở ngang ruột non ở đoạn ruột xẹp ngay dưới vị trí tắc. Lấy BTA qua vị trí mở ruột, cho vào túi bệnh phẩm. Khâu lại vị trí mở ruột bằng các mũi rời bằng chỉ vicryl 3/0, theo chiều ngang. Sau khâu kiểm tra dịch tiêu hóa lưu thông tốt từ quai giãn sang quai xẹp. Xếp lại ruột. Mở rộng lỗ trocar hạ vị (theo sẹo mổ cũ đường ngang trên xương mu) khoảng 3cm để lấy bệnh phẩm. Đóng các lỗ trocar.



Hình 2: Thao tác mở ruột non trong PTNS



Hình 3: Bã thức ăn

Sau phẫu thuật, BN hồi phục tốt:

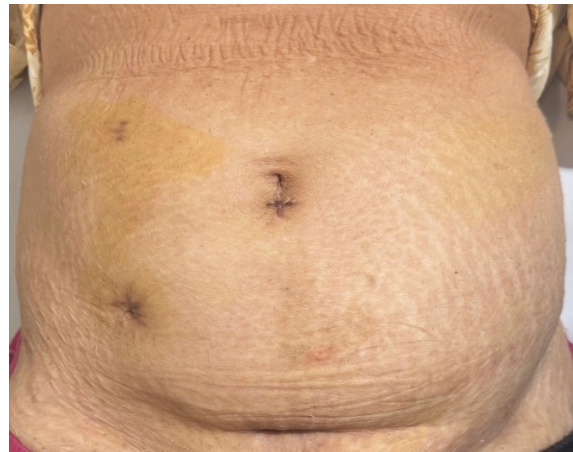
Ngày thứ 2, còn đau vết mổ vừa, giảm đau đường tĩnh mạch, có thể dậy đi lại nhẹ nhàng, có trung tiện, được rút sonde dạ dày và uống nước đường.

Ngày thứ 3, còn đau nhẹ vết mổ, giảm đau đường uống, bụng mềm không chướng, đi ngoài phân vàng, được cho ăn súp.

Ngày thứ 4, không còn đau vết mổ, đi ngoài phân vàng và được cho ăn cháo

Ngày thứ 5, BN ổn định, được cho ra viện.

Khám lại sau 1 tháng, BN ổn định.



Hình 4: Sẹo mổ PTNS sau 1 tháng

3. BÀN LUẬN

Chẩn đoán. Cắt lớp vi tính bụng là phương tiện hết sức giá trị để chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn, nó giúp xác định nguyên nhân tắc ruột, phát hiện số lượng BTA, đánh giá mức độ tắc nghẽn và phát hiện thiếu máu ruột, nghẹt ruột, thủng ruột cùng các bệnh lý khác [4]. Bên cạnh phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, nội soi dạ dày tá tràng đã được sử dụng như một phương pháp chẩn đoán và điều trị ít xâm lấn, đặc biệt với các BTA dạ dày hoặc tá tràng. BTA dạ dày phổ biến hơn BTA ruột non và việc phát hiện

đồng thời là rất quan trọng vì có thể cần can thiệp bổ sung như mở dạ dày hoặc nội soi lấy BTA, do đó kết hợp chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và nội soi dạ dày tá tràng là chìa khóa để tránh bỏ sót bã và giảm nguy cơ tái phát [4][5]. Chúng tôi thấy rằng cắt lớp vi tính ổ bụng, nội soi dạ dày tá tràng và kiểm tra toàn bộ ruột non trong mổ là 3 yếu tố rất quan trọng để xác định vị trí và số lượng BTA.

Điều trị. Mổ mở vẫn là phương pháp kinh điển và thường được sử dụng để điều trị tắc ruột do BTA, với sự tiến bộ của kỹ thuật phẫu thuật nội soi (PTNS), nhiều tác giả đã xem PTNS là một lựa chọn thay thế cho mổ mở truyền thống trong những trường hợp chọn lọc của tắc ruột [5]. Năm 2023, Nguyễn Văn Tiệp báo cáo 76 BN được PTNS, tác giả ứng dụng PTNS cho cả các trường hợp có 1 BTA (72 BN) và các trường hợp có 2 BTA (4BN); tác giả ứng dụng cho cả các BN bụng chướng nhiều; không áp dụng trong các trường hợp BN có tiền sử mổ cũ, bệnh lý tim mạch hô hấp nặng và có biểu hiện viêm phúc mạc [3]. Các tác giả Tri- Nhan Pham, Menezes và Brian Nguyen báo cáo PTNS ứng dụng cho các BN chỉ có 1 BTA [4][5][8]. Tác giả Menezes đã đưa ra một số tiêu chí để áp dụng PTNS điều trị tắc ruột do BTA bao gồm: bụng chướng ít, tắc ở ruột non đoạn gần và thời gian khởi phát triệu chứng ngắn [5].

Theo chúng tôi, trường hợp chỉ có 1 BTA, bụng không chướng nhiều, không có biểu hiện viêm phúc mạc và bệnh lý tim mạch hô hấp nặng có thể tiến hành phẫu thuật nội soi xử lý tắc ruột do BTA.

Với BTA không quá cứng, có thể nắn bóp thay đổi hình thể và dồn xuống đại tràng mà không cần mổ ruột [3]. Với BTA lớn, cứng, hoặc nguyên cây (ví dụ nắm hương) phẫu thuật viên phải mổ ruột để lấy BTA [3][4].

Trong trường hợp này các tác giả chủ trương tiến hành chuyển mổ mở nhỏ 5-7cm (PTNS hỗ trợ) để đưa quai ruột có BTA ra ngoài thao tác mổ ruột. Tác giả Nguyễn Văn Tiệp báo cáo trong 76 bệnh nhân được PTNS: PTNS hoàn toàn đẩy bã thức ăn xuống đại tràng là 29 BN (38,2%) và PTNS hỗ trợ mổ ruột lấy BTA là 47 BN (61,8%) [3]. Tác giả Brian Nguyen báo cáo một BN nữ, 81 tuổi, được PTNS hỗ trợ mổ ruột non lấy BTA [8].

Việc đưa ruột ra ngoài ổ bụng qua đường mổ nhỏ có thể tăng nguy cơ liệt ruột, dính ruột và đau nhiều hơn sau mổ. Năm 2007, Menezes báo cáo 1 BN nam 74 tuổi, không có tiền sử mổ cũ trước đó, được PTNS hoàn toàn mổ ruột lấy BTA: trong mổ tác giả kiểm tra toàn bộ ruột non thấy có duy nhất 1 BTA ở hồi tràng kích thước 4x5x5 cm, nằm cách góc hồi manh tràng khoảng 5cm, do BTA to dài lại nằm ở hồi tràng, tác giả tiến hành mổ hồi tràng theo chiều dọc lấy BTA, sau đó khâu lại hồi tràng bằng các mũi rời theo chiều dọc. Diễn biến hậu phẫu thuận lợi và BN được ra viện sau 4 ngày [5].

Ca bệnh này của chúng tôi, BN đã có tiền sử mổ cũ 2 lần (mổ mở cắt tử cung và PTNS khâu treo mỏm cắt âm đạo) nhưng đánh giá trước mổ thấy BN chỉ có 1 BTA (dựa trên phim chụp cắt lớp vi tính, nội soi dạ dày tá tràng), bụng không quá chướng, thể trạng cho phép, chúng tôi đã tiến hành PTNS, vào ổ bụng thăm dò thấy có duy nhất 1 bã TA cứng chắc cách góc Treitz 80cm, ruột giãn không quá nhiều và có đủ không gian để thao tác, chúng tôi quyết định mổ ruột lấy BTA luôn và khâu lại hoàn toàn bằng PTNS. Để tiến hành thuận lợi, an toàn và tránh dịch tiêu hóa vào ổ bụng qua vị trí mổ ruột, chúng tôi tiến hành các bước kỹ thuật như sau:

- Đặt tư thế BN đầu thấp nghiêng phải, dẫn toàn bộ ruột non xuống bên phải, đưa quai ruột có bã thức ăn lên cao bên trái

- Đưa túi bệnh phẩm vào, mở sẵn miệng túi đặt cạnh vị trí mở ruột dự kiến.

- Người phụ dùng kẹp ruột giữ đoạn ruột xếp bên dưới trong lúc mở ruột.

- Sau khi mở ruột người phụ chuyển sang dùng ống hút đặt cạnh vị trí mở phòng khi dịch tiêu hóa trào ra sau khi lấy BTA.

- Tiến hành dẫn BTA qua vị trí mở ruột và cho vào túi bệnh phẩm đặt bên cạnh.

- Khâu lại ruột bằng các mũi rời vicryl 3/0, sau khâu kiểm tra dịch tiêu hóa lưu thông tốt qua vị trí khâu.

Kết quả sau mổ của chúng tôi cũng tương tự như trong báo cáo của tác giả Menezes [5], bệnh nhân hồi phục tốt sau mổ và được ra viện sau mổ 5 ngày, các vết mổ nhỏ, ít đau và tính thẩm mỹ cao.

Qua những trường hợp trên, bước đầu chúng tôi thấy rằng PTNS hoàn toàn mở ruột non lấy BTA là kỹ thuật có thể được thực hiện an toàn hiệu quả, tuy nhiên cần được áp dụng cho những trường hợp chọn lọc.

4. KẾT LUẬN

Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nữ 77 tuổi, được điều trị thành công tắc ruột non do bã thức ăn bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn mở ruột non lấy bã, một kỹ thuật chưa từng được thông báo tại Việt Nam trước đây. Kết quả bước đầu cho thấy phương pháp này có thể được triển khai một cách an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, kỹ thuật chỉ nên áp dụng cho các trường hợp được lựa chọn phù hợp và cần được thực hiện bởi các phẫu thuật viên được đào tạo bài bản về phẫu thuật nội soi và có kinh

nghiệm. Chúng tôi sẽ tiến hành các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn để đánh giá hiệu quả của phương pháp.

ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân (hoặc người đại diện hợp pháp) đã được giải thích đầy đủ về mục đích nghiên cứu, các nguy cơ – lợi ích, và đồng ý ký bản đồng thuận công bố ca bệnh, bao gồm việc sử dụng hình ảnh và dữ liệu lâm sàng cho mục đích đào tạo và xuất bản khoa học. Mọi thông tin định danh cá nhân (họ tên, mã số bệnh án, địa chỉ) đã được ẩn danh trước khi công bố.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Franklin ME Jr, Gonzalez JJ Jr, Miter DB, Glass JL, Paulson D. Laparoscopic diagnosis and treatment of intestinal obstruction. *Surg Endosc*. 2004;18(1):26-30. doi:10.1007/s00464-003-8804-7
2. Trần Hiếu Học, Nguyễn Ngọc Bích. Một số nhận xét về tắc ruột do bã thức ăn điều trị tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai trong 7 năm (1999-2005). *Tạp chí Y học Lâm sàng*. 2006;(số đặc san Bệnh viện Bạch Mai):27-32.
3. Nguyễn Văn Tiệp, Vũ Ngọc Viên, Hồ Chí Thanh. Đánh giá kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị tắc ruột non do bã thức ăn tại Bệnh viện Quân y 103. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;(8):10-14.
4. Pham TN, Tran MQ, Pham PC, et al. Shiitake mushroom bezoar: a rare cause of small bowel obstruction in Vietnam and lessons in diagnosis and management. *Emerg Care J*. 2025;21(4). doi:10.4081/ecj.2025.13766
5. de Menezes Ettinger JE, Silva Reis JM, de Souza EL, Azaro Filho EM, Gálvao do Amaral PC, Ettinger E Jr, et al. Laparoscopic management of intestinal obstruction due to phytobezoar. *JSLs*. 2007;11(1):168-171.

6. Yau KK, Siu WT, Law BK, Cheung HY, Ha JP, Li MK. Laparoscopic approach compared with conventional open approach for bezoar-induced small-bowel obstruction. *Arch Surg*. 2005;140(10):972-975. doi:10.1001/archsurg.140.10.972
7. Trần Thái Phúc, Phạm Hồng Quảng. Kết quả phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;(6):12-16.
8. Nguyen B, Barleben A, Buchberg BS, Stamos MJ, Mills S. Removal of a phytobezoar through exploratory laparoscopy: a case of small bowel obstruction. *Open Access Surg*. 2010;3:59-61

ABSTRACT

TOTAL LAPAROSCOPIC ENTEROTOMY FOR REMOVAL OF A FOOD BEZOAR: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Intestinal obstruction is a common surgical emergency. Among its causes, phytobezoars are rare, accounting for approximately 2–4% of cases. Bezoars typically form in the stomach and migrate into the small intestine, where they may cause obstruction. Conventional open surgery has been the standard treatment; however, laparoscopic surgery has increasingly been shown to be effective, safe, and associated with faster recovery. We report a case of small bowel obstruction caused by a phytobezoar that was successfully treated by totally laparoscopic enterotomy with bezoar extraction—a technique that, to our knowledge, has not been previously reported in Vietnam. The patient was a 77-year-old woman with a history of hypertension, diabetes mellitus, and two prior abdominal surgeries, who was admitted with colicky abdominal pain and vomiting. Upper gastrointestinal endoscopy and abdominal computed tomography confirmed small bowel obstruction due to a jejunal phytobezoar measuring 4 × 4 × 5 cm. The patient underwent totally laparoscopic enterotomy with bezoar removal, had an uneventful postoperative course, and was discharged after 5 days. Through this case, we review the literature on the diagnosis and management of bezoar-induced intestinal obstruction, with particular emphasis on minimally invasive laparoscopic surgery.

Keywords: *Small bowel obstruction, phytobezoar, totally laparoscopic surgery*